



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° 6  
PALERMO

## L'APPROCCIO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

*nel paziente con malattie Acido-correlate*

*Protocolli diagnostici-terapeutici per la Dispepsia funzionale, la Malattia da Reflusso Esofageo (MRGE), l'Ulcera Peptica e la Gastropatia da FANS*



AZIENDA USL N° 6 PALERMO

Commissione Multidisciplinare per la Elaborazione Linee Guida Aziendali

## Premessa

Secondo il PSN 2003-2005 la definizione dei LEA è costruita su alcuni fondamentali principi tra cui: "*le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata non possono essere essenziali se non sono appropriate*". L'appropriatezza viene intesa non solo elemento distintivo della prestazione sanitaria erogata dal SSN ma vero e proprio diritto del cittadino-utente.

Comunemente si considera "*appropriata*" la prestazione sanitaria erogata in conformità alle migliori evidenze scientifiche nella misura in cui queste risultano trasferibili al contesto del luogo e del livello sanitario a cui la prestazione viene erogata; infatti, la qualità delle cure deve contenere in sé la validità tecnico-scientifica e la pertinenza delle prestazioni sanitarie rispetto alle persone, alle circostanze, al luogo di cura e allo stato corrente delle conoscenze.

Il presente documento intende mettere a disposizione dei professionisti di questa Azienda Sanitaria percorsi atti a consentire un uso appropriato degli interventi previsti nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale.

L'obiettivo principale è produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni di tutti i Sanitari, Specialisti ed Operatori delle Cure Primarie, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse.

Le ragioni che hanno portato all'esigenza di indirizzare i comportamenti medici attraverso l'elaborazione di queste linee guida, vanno certamente ricercate:

1. nel fenomeno della *variabilità* della pratica clinica legata alla carenza di conoscenze attuali e alla soggettività dei criteri di scelta,
2. nella necessità di contenere i costi dell'assistenza sanitaria,
3. nella spiccata attenzione che ormai tutti i sistemi sanitari sono portati a prestare alla qualità delle proprie prestazioni.

Queste linee guida sono state concepite come raccomandazioni di comportamento tendenti ad *assistere* nella pratica professionale il Sanitario, che è libero di decidere se adottarle o meno, anche se le stesse possono essere considerate come indirizzo percorribile.

Il presente documento *sviluppa protocolli diagnostici-terapeutici per la Dispepsia funzionale, la Malattia da Reflusso Esofageo (MRGE), l'Ulcera Peptica e la Gastropatia da FANS, che nell'ottica della continua evoluzione in campo medico potranno essere suscettibili di aggiornamento.*

**Commissione multidisciplinare  
Elaborazione Linee guida  
Azienda Usl n° 6 di Palermo**

## INTRODUZIONE

**I disturbi dispeptici** costituiscono una condizione frequente nella popolazione generale, stimandosi una prevalenza del 20-40% con una incidenza dell'1% e nonostante che  $\frac{3}{4}$  dei pazienti che ne soffrono non si rivolga al medico, determinano una notevole incidenza economica gestionale da cui deriva la necessità di razionalizzarne il più possibile l'iter diagnostico-terapeutico.

È compito del medico di medicina generale usare l'iter diagnostico più "appropriato" a distinguere le patologie che sono alla base dei disturbi riferiti dal paziente, soprattutto tra quelle organiche e quelle funzionali.

Alcuni studi britannici in medicina generale hanno infatti dimostrato che nel 38% dei dispeptici si trova un reperto endoscopico normale, mentre si diagnostica la MRGE nel 24%, la gastrite o la duodenite nel 22%, l'ulcera nel 41% o il cancro nel 2%.

La dispepsia similulcerativa, la MRGE, le ulcere sono patologie acido correlate, in quanto il momento etiopatogenetico risiede nell'alterazione dell'equilibrio tra la secrezione acida e i meccanismi di difesa della mucosa. Numerosi sono i fattori che agiscono nel determinare le patologie: abitudini voluttuarie (fumo di sigaretta, alcol e caffè); predisposizione familiare; cause psicosomatiche; uso di farmaci gastrolesivi, quali cortisonici, acido acetilsalicilico e FANS.

Fattore etiopatogenetico principale delle ulcere peptiche è l'infezione da *Helicobacter pylori* (H.p.) visto il 90-95% di quelle duodenali e il 75-85% sono associate a tale infezione; mentre è dimostrato che l'eradicazione dell'H.p. previene le recidive dell'ulcera, riducendole a meno del 5-10%.

**L'EGDS** ( Esofagogastroduodenoscopia ) costituisce l'unico vero accertamento diagnostico per la diagnosi della malattia ulcerosa. L'esame radiografico del tubo digerente con doppio contrasto è indicato solo nei casi in cui esistono delle controindicazioni all'esame endoscopico o il paziente si oppone all'esame ; presenta inoltre specificità e sensibilità di gran lunga inferiori.

**I farmaci di uso più comune sono:**

- gli **Inibitori di Pompa Protonica** ( IPP ), farmaci in grado di bloccare la sintesi di acido da parte delle cellule parietali gastriche.
- gli **antistaminici anti-H2** (cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina e niperotidina), che bloccano la produzione di acido per stimolo istaminico;
- gli **antiacidi** (idrossido di magnesio e di alluminio), che neutralizzano l'acido presente nel lume gastrico;
- i **citoprotettori** (sucralfato, sali di bismuto e prostaglandine), che aumentano i naturali meccanismi di difesa della mucosa gastroduodenale

La terapia medica è molto efficace, portando a guarigione entro 4 settimane l'80% dei pazienti con u. duodenale e il 70% di quelli con lesione gastrica; una terapia ben condotta porta le percentuali di guarigione attorno al 90% entro 12 settimane, mentre la modificazione del farmaco o l'aumento delle dosi sono in grado di risolvere i disturbi quasi nel 100% dei malati.

## Sintomi dispeptici

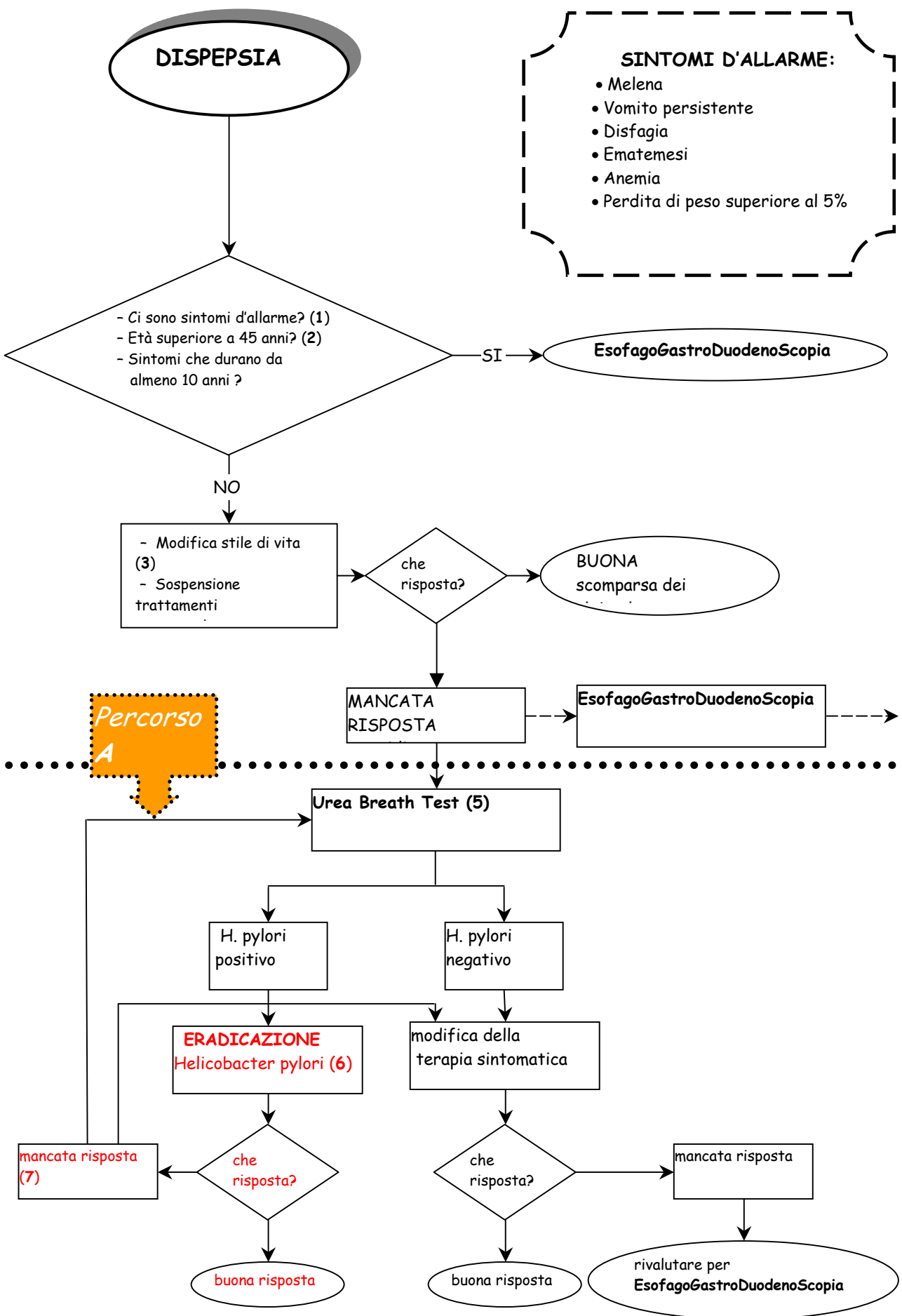
- - dolore o altre sensazioni fastidiose localizzate al centro dell'addome superiore,
- - piroisi,
- - reflusso acido,
- - nausea,
- - vomito,
- - ripienezza postprandiale,
- - sazietà precoce,
- - distensione epigastrica

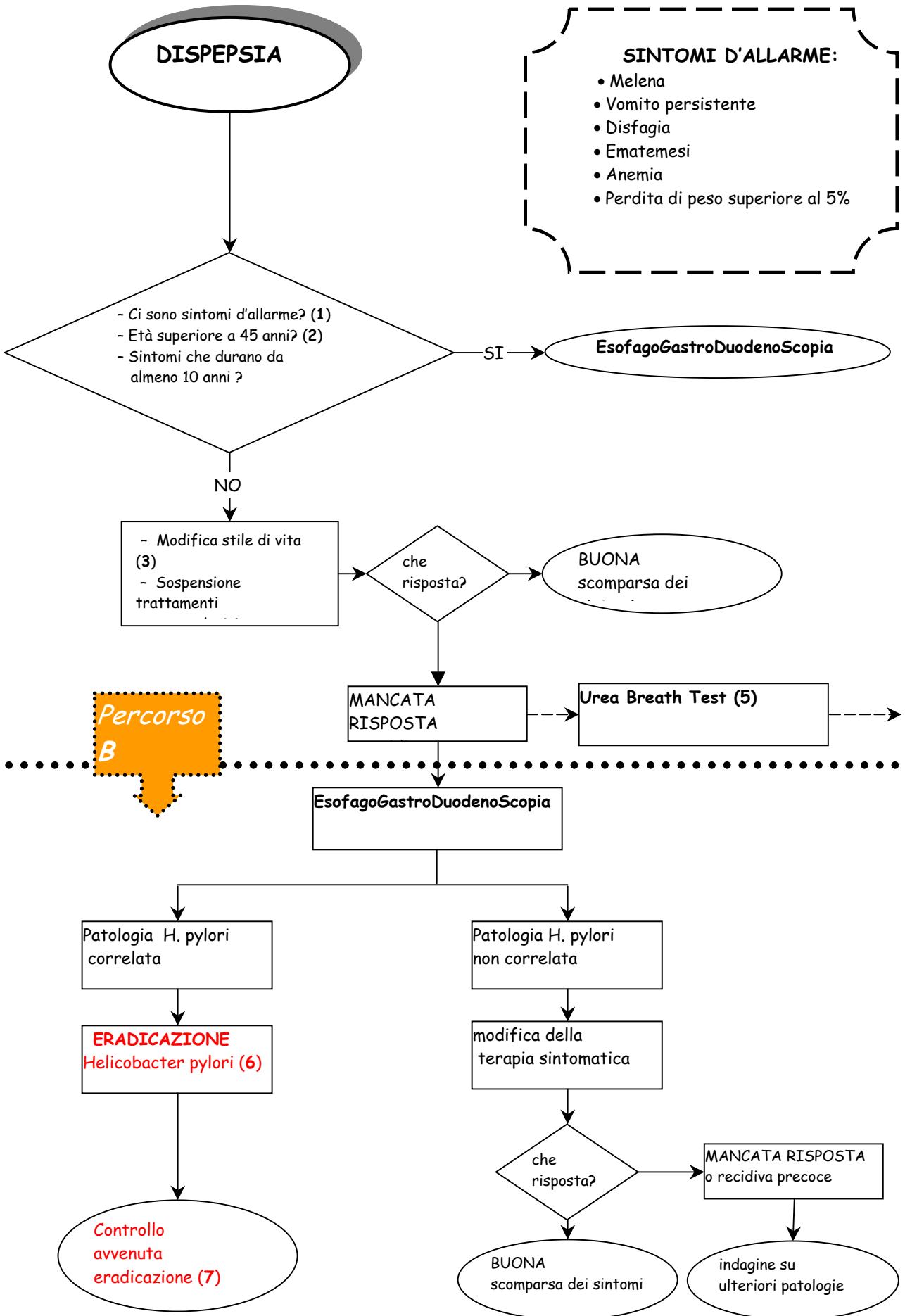
**Dolore o discomfort al centro dell'addome superiore per più di 12 settimane**

**ALGORITMO  
DISPEPSIA**

**Prevalenza di rigurgito e piroisi per più di 12 settimane**

**ALGORITMO  
GERD**



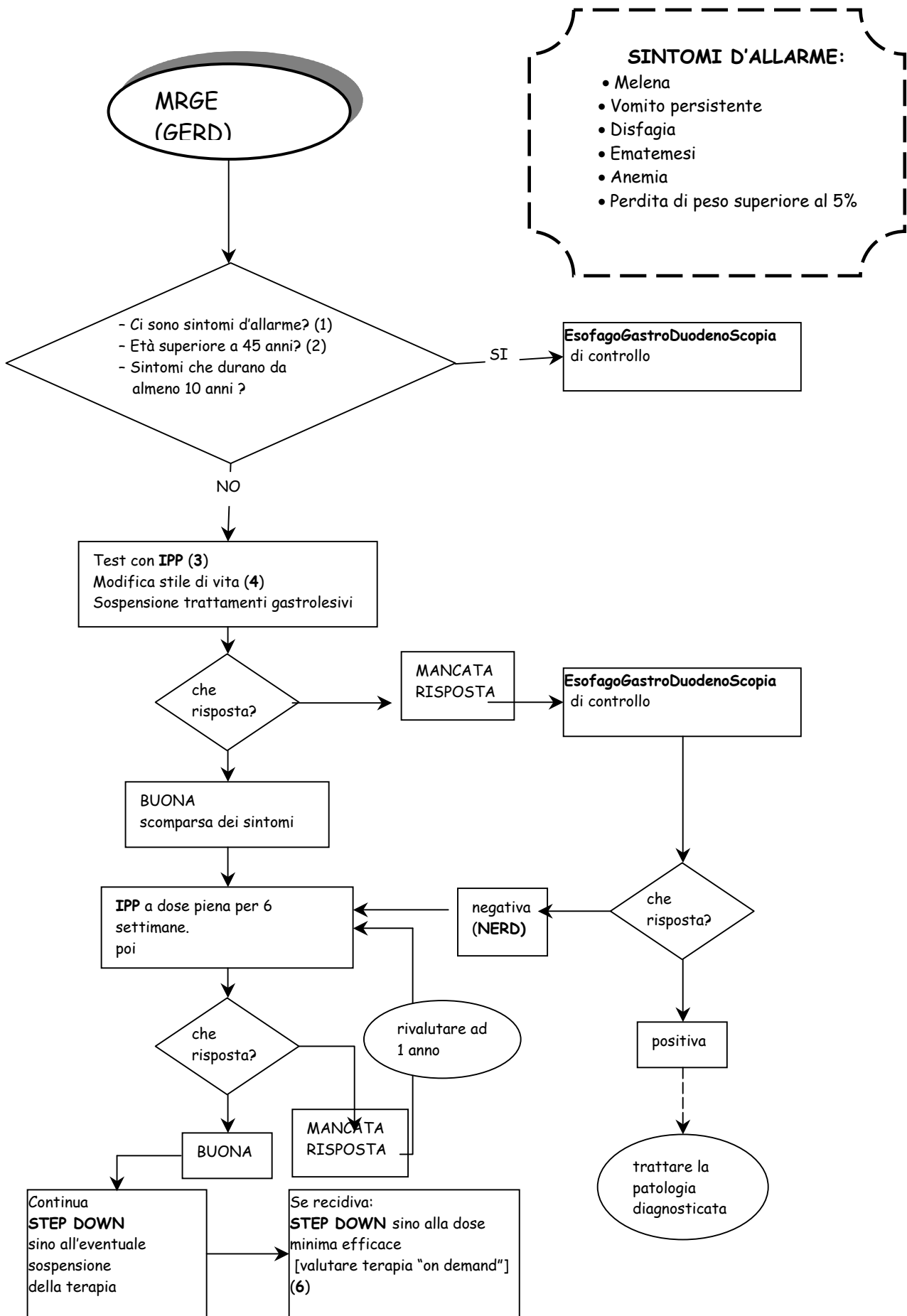


## COMMENTO:

- 1) L'endoscopia di routine è appropriata per tutti i pazienti che presentano sintomi d'allarme a qualunque età.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
  
- 2) L'endoscopia è raccomandata oltre i 45 anni (l'incidenza di K nei soggetti < 55 a. senza sintomi d'allarme è di 1/1000000/anno) ed è una procedura costo-efficace.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**
  
- 3) Le modifiche dello stile di vita non hanno dimostrato efficacia nel ridurre i sintomi della dispepsia.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **III**
  
- 4) Nel dispeptico effettuare un trattamento empirico con IPP a dose piena per 1 mese.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**  
**ATTENZIONE: la nota AIFA 48 non consente la concedibilità in regime di SSN degli IPP nella dispepsia.**
  
- 5) L'infezione da *Helicobacter pylori* può inizialmente essere diagnosticata dall'Urea Breath Test o dalla ricerca dell'antigene fecale.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**  
I tests ambulatoriali sierologici non possono essere raccomandati per le loro inadeguate prestazioni.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**
  
- 6) Nei soggetti *Helicobacter* positivi effettuare eradicazione.  
**ATTENZIONE: la nota AIFA 48 non prevede a carico del SSN l'eradicazione dell'*H. pylori* nella semplice dispepsia.**  
Il trattamento eradicante va effettuato somministrando :  
- IPP a dose piena due volte al dì + amoxicillina 1gr. + claritromicina 500 mg. due volte al dì  

oppure

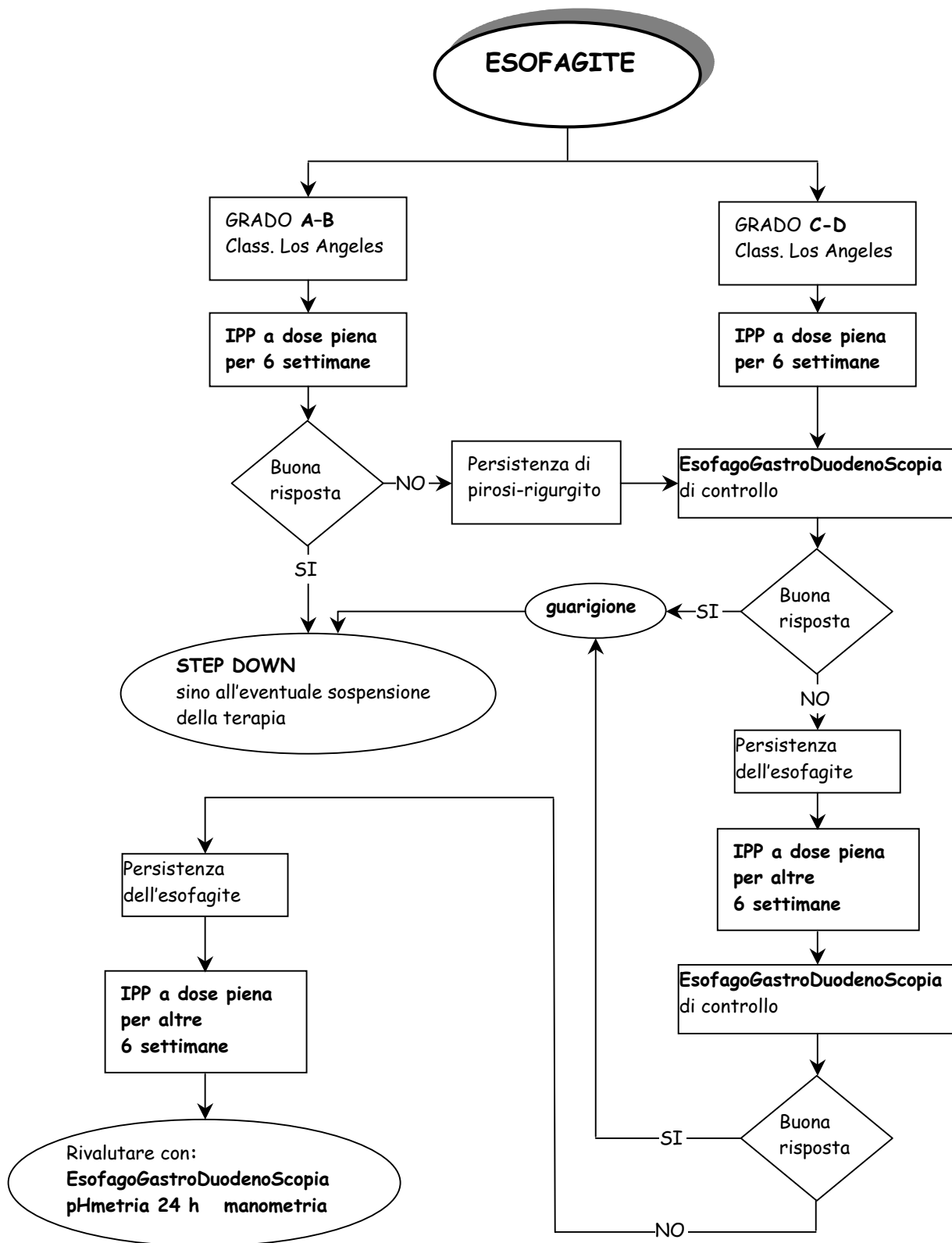
- IPP a dose piena due volte al dì + metronidazolo 400 mg. + claritromicina 250 mg. due volte al dì.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I-III**
  
- 7) Per valutare l'avvenuta eradicazione deve essere usato l'UBT, essendo insufficienti le evidenze per raccomandare la ricerca dell'antigene fecale.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **C**





## COMMENTO:

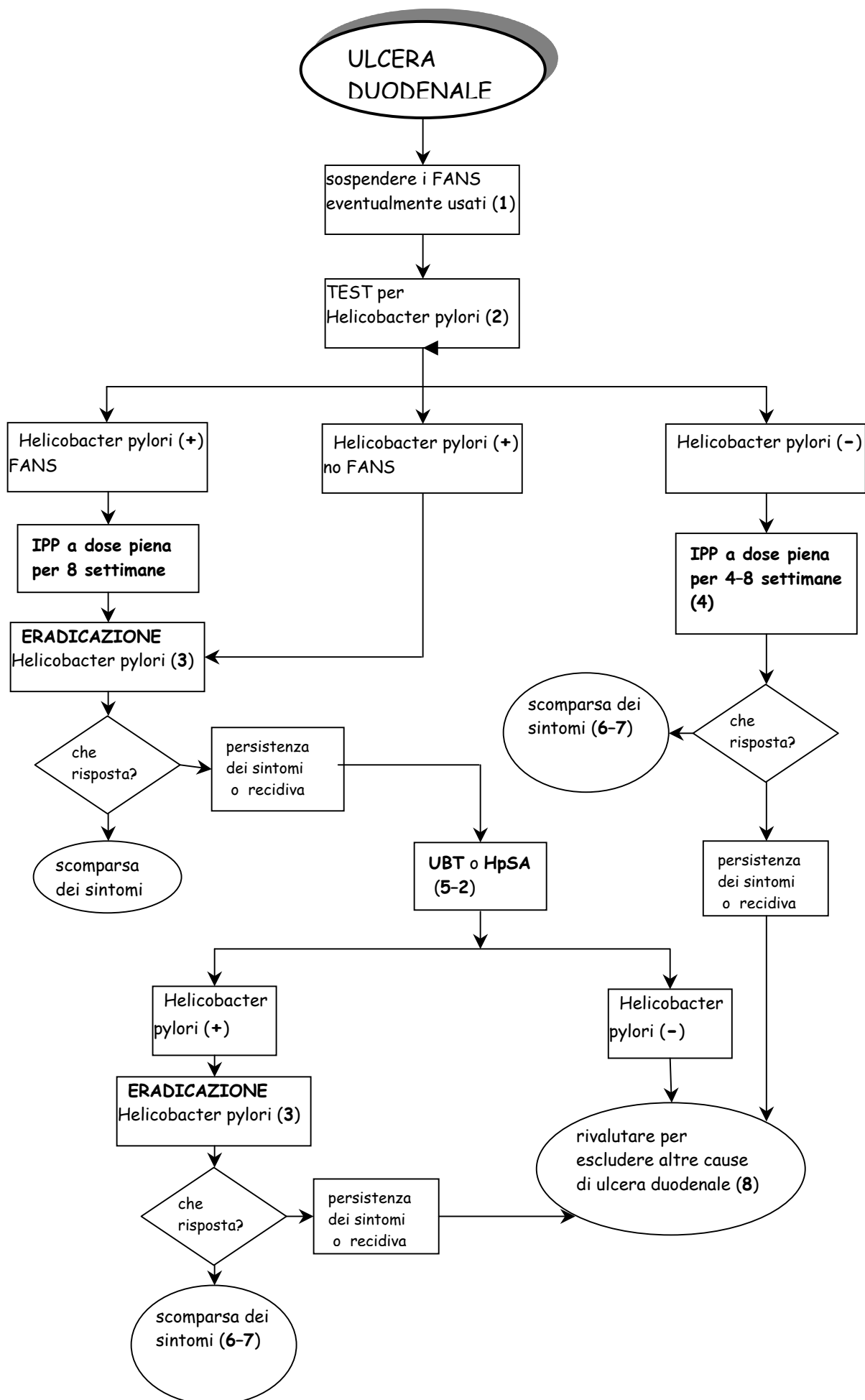
- 1) L'endoscopia di routine è appropriata per tutti i pazienti che presentano sintomi d'allarme a qualunque età.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
  
- 2) L'endoscopia è raccomandata oltre i 45 anni e nei casi di durata dei sintomi oltre i 10 anni (l'incidenza di K nei soggetti < 55 a. senza sintomi d'allarme è di 1/1000000/anno; l'incidenza di Barrett nei reflussori < 40 è 8,3%, mentre > 60 è 24,1%).  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**
  
- 3) L' IPP test (o breve trattamento 1-2 settimane con IPP a dose doppia o più) ha una buona sensibilità (68-91%) e specificità (31-73%) per GERD; non è però standardizzato; in alternativa può essere usato un trattamento empirico con IPP a dose piena per 4-6 settimane (*vedi nota AIFA 48*)  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
  
- 4) Le modifiche dello stile di vita non hanno dimostrato efficacia nel ridurre i sintomi della GERD.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **III**  
Esiste una debole correlazione tra GERD e obesità.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
  
- 5) Alla recidiva sintomatologia usare gli IPP alla dose più bassa possibile per controllare i sintomi (*STEP DOWN*).  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
  
- 6) La terapia con IPP "on demand" può essere proposta al paziente per controllare la sintomatologia.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**



### Classificazione Endoscopica di Los Angeles per l'Esophagite da Riflusso

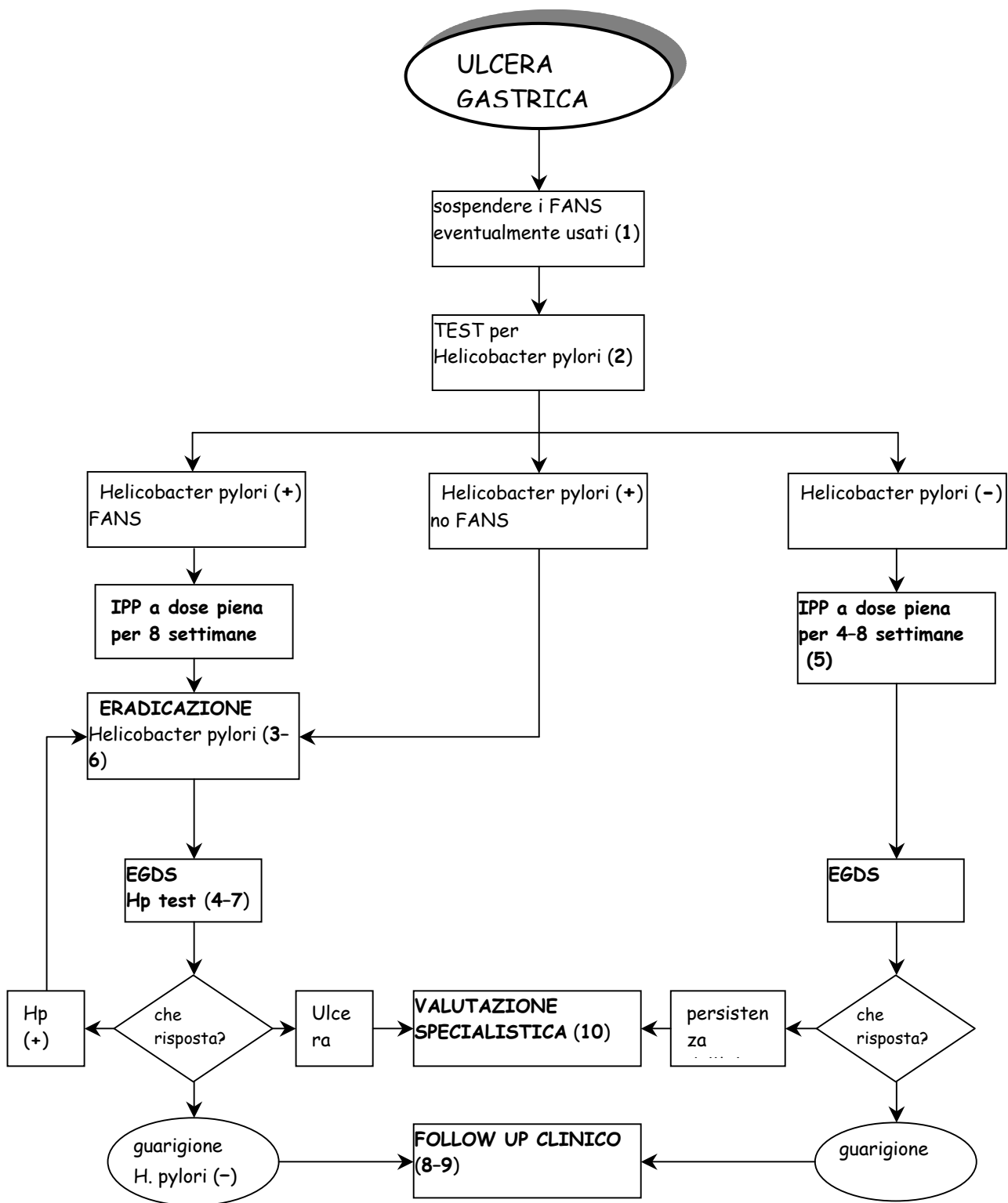
- Grado A Una o più erosioni, nessuna più lunga di 5 mm.
- Grado B Almeno una erosione più lunga di 5 mm., ma senza continuità tra i rilievi di due pliche mucose
- Grado C Almeno una erosione continua tra le cime di due o più pliche mucose, ma non circonferenziali (meno del 75%)
- Grado D Erosioni mucose circonferenziali (almeno 75%)

*World Congress of Gastroenterology, Los Angeles 1994*



## COMMENTO:

1. Nei pazienti con ulcera che usano Fans, sospenderli se possibile. Trattarli con IPP a dose piena per 2 mesi e quindi, se *H. pylori* positivi, eradicarli.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
2. L'infezione da *Helicobacter pylori*, oltre che in corso di endoscopia, può inizialmente essere diagnosticata dall'Urea Breath Test o dalla ricerca dell'antigene fecale (HpSA).  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**  
I tests ambulatoriali sierologici non possono essere raccomandati per le loro inadeguate prestazioni.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**
3. Eseguire trattamento eradicante nei pazienti *H. pylori* positivi con ulcera peptica.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**  
Il trattamento eradicante va effettuato somministrando due volte al dì un IPP a dose piena e amoxicillina 1 gr. + claritromicina 500 mg. o metronidazolo 400 mg. + claritromicina 250 mg.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I-III**
4. I pazienti con ulcera peptica *H. pylori* negativi e che non usano Fans vanno trattati con IPP a dose piena per 1-2 mesi  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
5. I pazienti con sintomi persistenti dopo il trattamento eradicante vanno ricontrollati con test per *H. pylori*.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **C**  
Per valutare l'avvenuta eradicazione deve essere usato preferibilmente l'UBT, essendo insufficienti le evidenze per raccomandare la ricerca dell'antigene fecale.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **C**
6. Avvisare i pazienti che continuano a prendere FANS dopo la guarigione di un'ulcera peptica, del danno potenziale degli stessi. Rivalutare la necessità della terapia anti-infiammatoria: considerare la riduzione di dosaggio, la sostituzione con il paracetamolo o altro analgesico.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
7. Nei pazienti ad alto rischio e in cui è necessaria la terapia antinfiammatoria utilizzare IPP, come protezione gastrica, o sostituire i FANS con i COX-2 selettivi. (ATTENZIONE alle note AIFA 1 e 66)  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**
8. Nei pazienti che non guariscono, escludere mancata compliance, malignità, errore nella ricerca dello status *H. pylori*, uso farmaci gastrolesivi e cause rare come la Sindrome di Zollinger - Ellison o la Malattia di Crohn.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **C**



## COMMENTO:

- 1) Nei pazienti con ulcera che usano Fans, sospenderli se possibile. Trattarli con IPP a dose piena per 2 mesi e quindi, se H. pylori positivi, eradicarli.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
- 2) L'infezione da Helicobacter pylori, oltre che in corso di endoscopia, può inizialmente essere diagnosticata dall'Urea Breath Test o dalla ricerca dell'antigene fecale (HpSA).  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**  
I tests ambulatoriali sierologici non possono essere raccomandati per le loro inadeguate prestazioni.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**
- 3) Eseguire trattamento eradicante nei pazienti H. pylori positivi con ulcera peptica.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**
- 4) I pazienti con ulcera gastrica H. pylori positivi vanno ricontrollati con EGDS e test per H. pylori 6-8 settimane dopo il trattamento eradicante.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **C**
- 5) I pazienti con ulcera peptica H. pylori negativi e che non usano Fans vanno trattati con IPP a dose piena per 1-2 mesi.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
- 6) Il trattamento eradicante va effettuato somministrando due volte al dì un IPP a dose piena e amoxicillina 1 gr. + claritromicina 500 mg. o metronidazolo 400 mg. + claritromicina 250 mg. GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I-III**
- 7) Per valutare l'avvenuta eradicazione, se non si è eseguito test biotico, deve essere usato l'UBT, essendo insufficienti le evidenze per raccomandare la ricerca dell'antigene fecale. GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **C**
- 8) Avvisare i pazienti che continuano a prendere FANS dopo la guarigione di un'ulcera peptica, del danno potenziale degli stessi. Rivalutare la necessità della terapia antinfiammatoria: considerare la riduzione di dosaggio, la sostituzione con il paracetamolo o altro analgesico.  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **B**  
GRADO DI EVIDENZA: **II**
- 9) Nei pazienti ad alto rischio e in cui è necessaria la terapia antinfiammatoria utilizzare IPP, come protezione gastrica, o sostituire i FANS con i COX-2 selettivi.  
(ATTENZIONE alle note AIFA 1 e 66)  
GRADO DI RACCOMANDAZIONE: **A**  
GRADO DI EVIDENZA: **I**
- 10) Nei pazienti che non guariscono, escludere mancata compliance, malignità, errore nella ricerca dello status H. pylori, uso di farmaci gastrolesivi e cause rare come la Sdr. di Zollinger –Ellison o la Malattia di Crohn. GRADO DI RACCOMANDAZIONE **C**

## GLOSSARIO

**DISPEPSIA:** Dolore o altre sensazioni fastidiose localizzate al centro dell'addome superiore per un periodo superiore alle 12 settimane. Tra i sintomi vanno considerati: dolore epigastrico, nausea, ripienezza postprandiale, sazietà precoce, distensione epigastrica.

**DISPEPSIA INVESTIGATA:** sottoposta ad accertamenti

**DISPEPSIA NON INVESTIGATA:** non sottoposta ad accertamenti

**DISPEPSIA ORGANICA:** presenza di malattia ritenuta causa dei sintomi

**DISPEPSIA FUNZIONALE:** assenza di malattia, possono essere presenti alterazioni funzionali, tuttora di incerto significato

**GERD:** GastroEsophageal Reflux Disease. Vedi MRGE

**MRGE:** Malattia da Reflusso GastroEsofageo. Disordine cronico correlato ad un flusso retrogrado di contenuti gastro-duodenali nell'esofago e/o negli organi adiacenti che causa uno spettro variabile di sintomi con o senza danno tessutale e peggiora la QOL. I sintomi prevalenti sono: rigurgito, pirosi ed eruttazioni.

**NERD:** No Esophagitis Reflux Disease. Malattia da Reflusso GastroEsofageo in cui l'esame endoscopico ha dimostrato l'assenza di esofagite.

**IPP A DOSE PIENA:** si intende il dosaggio standard che corrisponde a: esomeprazolo 40 mg, lansoprazolo 30mg, omeprazolo 20mg, pantoprazolo 40mg, rabeprazolo 20mg.

**IPP A DOSE RIDOTTA:** si intende il dosaggio ridotto a metà rispetto a quello standard: esomeprazolo 20 mg, lansoprazolo 15mg, omeprazolo 10mg, pantoprazolo 20mg, rabeprazolo 10mg.

**TEST CON IPP:** verifica del miglioramento sintomatologico dopo un breve periodo (7-14 gg) di IPP somministrati a dosaggi superiori (2-3 volte) a quelli standard

**STEP DOWN:** dopo la guarigione o la remissione sintomatologica ottenuta con dosaggio standard di IPP passare a un dosaggio ridotto di IPP o agli H<sub>2</sub>-antagonisti

**TERAPIA "ON DEMAND":** terapia con IPP al bisogno, per garantire il controllo sintomatologico nei soggetti con NERD.

**UREA BREATH TEST:** ricerca nell'aria espirata di C-13 liberato dall'azione dell'ureasi batterica sull'urea marcata.

**HPSA :** ricerca nelle feci della presenza dell'antigene dell'*Helicobacter Piloni*

<b>GRADO DI RACCOMANDAZIONE (AHCPR)</b>	
<b>A</b>	<b>direttamente basate di evidenze di categoria I</b>
<b>B</b>	<b>direttamente basate su evidenze di categoria II o estrapolate da evidenze di categoria I</b>
<b>C</b>	<b>direttamente basate su evidenze di categoria III o estrapolate da evidenze di categoria I o II</b>
<b>D</b>	<b>direttamente basate su evidenze di categoria IV o estrapolate da evidenze di categoria I, II o III</b>
<b>CATEGORIE DI EVIDENZA (AHCPR)</b>	
<b>Ia</b>	<b>evidenza da meta analisi di trials controllati e randomizzati</b>
<b>Ib</b>	<b>evidenza da almeno un trial controllato e randomizzato</b>
<b>IIa</b>	<b>evidenza da almeno uno studio controllato non randomizzato</b>
<b>IIb</b>	<b>evidenza da almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale</b>
<b>III</b>	<b>evidenza da studi descrittivi non sperimentali, quali comparativi, di correlazione o caso-controllo</b>
<b>IV</b>	<b>evidenza da reports di comitati di esperti e/o da esperienze cliniche di autorità scientifiche</b>

US Department of Health and Human Services, Public Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research Publications, 1992

Bibliografia:



## Bibliografia

- 1) Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB "Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient: the value of predictive score models" *Scand J Gastroenterol* 32:118-25,1997 (D)
- 2) Christie J, Shepherd NA, Codling BW "Gastric cancer below the age of 55: implication for screening patients with uncomplicated dyspepsia" *Gut* 41:513-17,1997 (C)
- 3) Gillen D, McColl KE "Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55?" *Am J Gastroenterol* 94:75-78,1999 (C)
- 4) Vaira D, Stanghellini V, Menegatti M "prospective screening of dyspeptic patients by helicobacter pylori serology: a safe policy?" *Endoscopy* 29:595-601,1997 (D)
- 5) Adang RP, Vismans JF, Taimon JL "Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. Association with relevant endoscopic disease" *Gastrointest Endosc* 42:390-97, 1995 (D),
- 6) Talley NJ, Weever AL, Tesmer DJ, Zinsmeister AR "Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy" *Gastroenterology* 1963, 105:1378-1386
- 7) Delaney BC, Wilson S, Roalfe A "Cost-effectiveness of initial endoscopy for dyspepsia in patients over age 50 years: a randomised controlled trial in primary care" *Lancet* 356:1965-69. 2000 (A)
- 8) Commissione Linee Guida della Federazione delle Malattie Digestive AIGO-SIED-SIGE. Linee guida sulla dispepsia 1999. pubblicate come Bazuro GE, Bretoni G, Morelli A. *Giornale di Gastroenterologia* 2000;5:38-40.
- 9) Commissione Linee Guida della Federazione delle Malattie Digestive AIGO-SIED-SIGE. Linee guida sul corretto uso della Esofagogastroduodenoscopia 1999
- 10) North of England Dyspepsia Guideline Development Group. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care. 2004.*
- 11) Christie J, Shepherd NA, Codling BW, Valori RM. Gastric cancer below the age of 55: implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia *Gut* 1997; 41, 513-517
- 12) Gillen D, McColl KE. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol* 1999;94: 75-79
- 13) Cagna C, vakil N Upper GI malignancy, uncomplicated dyspepsia, and the age threshold for endoscopy: *Am J Gastroenterol* 2003;97:600-603
- 14) Breslin NP, Thompson ABR, Bailey RJ, Blustein PK, Meddings J, Lalor E, vanRosendaal GMA, Verhoef MJ, Sutherland LR: gastric cancer and other endoscopic diagnoses in patients with benign dyspepsia. *Gut* 2000; 46: 93-97
- 15) Klausner AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA "Symptoms in gastro-esophageal reflux disease" *Lancet* 335:205-208, 1990 (C);
- 16) Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB "Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient: the value of predictive score models" *Scand J Gastroenterol* 32:118-25,1997 (D)
- 17) Christie J, Shepherd NA, Codling BW "Gastric cancer below the age of 55: implication for screening patients with uncomplicated dyspepsia" *Gut* 41:513-17,1997 (C)
- 18) Gillen D, McColl KE "Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55?" *Am J Gastroenterol* 94:75-78,1999 (C)
- 19) Vaira D, Stanghellini V, Menegatti M "prospective screening of dyspeptic patients by helicobacter pylori serology: a safe policy?" *Endoscopy* 29:595-601,1997 (D)
- 20) Adang RP, Vismans JF, Taimon JL "Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. Association with relevant endoscopic disease" *Gastrointest Endosc* 42:390-97, 1995 (D),
- 21) Talley NJ, Weever AL, Tesmer DJ, Zinsmeister AR "Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy" *Gastroenterology* 1963, 105:1378-1386
- 22) Delaney BC, Wilson S, Roalfe A "Cost-effectiveness of initial endoscopy for dyspepsia in patients over age 50 years: a randomised controlled trial in primary care" *Lancet* 356:1965-69. 2000 (A)  
Locke GR, Zinsmeister AR, Talley NJ Can Symptoms Predict Endoscopic Findings in GERD? *Gastrointestinal Endoscopy*. 2003;58(5):661-670
- 24) Commissione Linee Guida della Federazione delle Malattie Digestive AIGO-SIED-SIGE. Linee guida sulla dispepsia 1999. pubblicate come Bazuro GE, Bretoni G, Morelli A. *Giornale di Gastroenterologia* 2000;5:38-40.
- 25) Commissione Linee Guida della Federazione delle Malattie Digestive AIGO-SIED-SIGE. Linee guida sul corretto uso della Esofagogastroduodenoscopia 1999
- 26) North of England Dyspepsia Guideline Development Group. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care. 2004.*
- 27) Christie J, Shepherd NA, Codling BW, Valori RM. Gastric cancer below the age of 55: implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia *Gut* 1997; 41, 513-517
- 28) Gillen D, McColl KE. Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol* 1999;94: 75-79
- 29) Cagna C, vakil N Upper GI malignancy, uncomplicated dyspepsia, and the age threshold for endoscopy: *Am J Gastroenterol* 2003;97:600-603
- 30) Breslin NP, Thompson ABR, Bailey RJ, Blustein PK, Meddings J, Lalor E, vanRosendaal GMA, Verhoef MJ, Sutherland LR: gastric cancer and other endoscopic diagnoses in patients with benign dyspepsia. *Gut* 2000; 46: 93-97
- 31) Rex, Cummings, Shaw: Screening for Barrett's Esophagus in colonoscopy patients with and without heartburn *Gastroenterology*. 2003;125(6):1670-1677

- 32) DeVault, Ward, Wolfsen. Symptoms do not predict the presence of Barrett's esophagus in older patients undergoing colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:S13.
- 33) North of England Dyspepsia Guidelines Development Group 2004. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care 2004.*
- 34) National Institute for Clinical Excellence. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care 2004*
- 35) North of England Dyspepsia Guidelines Development Group 2004. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care 2004.*
- 36) National Institute for Clinical Excellence. *Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care 2004*

## NOTA AIFA 1



La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti:

Per la prevenzione delle complicanze gravi  
del tratto gastrointestinale superiore:

- In trattamento cronico con FANS non selettivi ( non con COXIB );
- In terapia antiaggregante con ASA a basse dosi;

Purchè sussista una delle seguenti condizioni di rischio:

- Storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante;
- Concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici;
- Oltre 75 anni di età;

Gli Inibitori di Pompa, fatte salve le indicazioni della nota 48, ed il Misoprostolo non sono rimborsati quando prescritti in associazione con i COXIB.

**GASTROPROTETTORI:**

Misoprostolo  
Esomeprazolo  
Lansoprazolo  
Omeprazolo  
Pantoprazolo  
Rabrepazolo

## NOTA AIFA 48

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai seguenti periodi di trattamento ed alle seguenti condizioni:

- durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane)
- Ulcera duodenale o gastrica positive per *Helicobacter pylori* (Hp);
- Per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione;
- Ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa (primo episodio);
- Malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio);
- durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno:
- Sindrome di Zollinger-Ellison;
- Ulcera duodenale o gastrica Hp-negativa recidivante;
- Malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante)

Se la malattia da reflusso gastroesofageo è associata a infezione da Hp, l'eradicazione del batterio può essere indicata se il reflusso è associato a ulcera peptica o a gastrite cronica grave istologicamente documentata o se il controllo dei disturbi richiede trattamento ininterrotto con dosi elevate di inibitori di pompa protonica (es. omeprazolo, dosi pari o superiori a 20 mg/die).

Il trattamento eradicante va effettuato solo nei casi di dispepsia associata a presenza di ulcera gastrica o duodenale.

La prescrizione dei farmaci antiulcera non è rimborsata dal SSN in caso di dispepsia non ulcerosa e per altre indicazioni autorizzate.

Farmaci Antiulcera:

Anti H2:

- Cimetidina, Famotidina, Nizatidina, Ranitidina, Roxatidina.

Inibitori di Pompa

- Esomeprazolo, Lansoprazolo, Omeprazolo, Pantoprazolo, Rabeprazolo.